

英国周産期メンタルヘルスガイドラインの紹介 ——国内周産期メンタルヘルス機能の充実にに向けて——

鈴木 利人

周産期メンタルヘルスには、精神科医や産婦人科医、小児科医だけではなく、看護師、助産師、薬剤師、臨床心理士、保健師、精神保健福祉士など多く職種の医療関係者がかかわっている。その機能の充実にためには、それぞれの職域での専門的教育や体制作りのほか、多職種間の医療連携が円滑に行われることも必要である。すなわち、向精神薬を服用中の女性患者の周産期の適切な管理、拳児を希望する女性患者への対応と妊娠相談、さらに産後の精神疾患の管理と授乳の可否、母子関係と養育において発生する諸問題に対して、適切に対応できるようにするためには、専門スタッフの要請と体制作りが期待される。周産期メンタルヘルスという医療的機能の不全は、その後の母子の健康、精神衛生、社会生活に大きな影響を与える。一方、英国では NICE により周産期メンタルヘルスを対象とした臨床ガイドライン (NICE Clinical Guideline 45) が作成され、周産期の精神科医療に関して重要な対応指針を提供している。周産期薬物療法に関しても、NICE ガイドラインのほか、モーズレイ処方ガイドラインにより基本的な処方の指針が示されている。しかしながら、本邦の周産期メンタルヘルスの現状は、いまだ組織的に整備されているとは言い難い。そこで本稿では、英国のこれらのガイドラインの注目すべき基本的内容を紹介するとともに、英国と日本での異なる医療事情に配慮した上で、わが国の周産期メンタルヘルスの現状と将来的なあり方について若干の考察を加える。

<索引用語：周産期メンタルヘルス、英国 NICE ガイドライン、心理療法、向精神薬療法、リスク・ベネフィット>

はじめに

周産期メンタルヘルスを対象とする領域にかかわる専門職スタッフが、ハイリスクといわれるさまざまな精神疾患をかかえた周産期患者の危険要素を予見し適切に対応できることは、この領域の理想であろう。しかしながら、精神科医療の実臨床ではこれまで精神科患者の妊娠に対して精神科医がそれぞれの臨床経験を頼りに対応することが多く、その結果さまざまなリスクが生じることとなる (表 1)。このようなリスクを最小限とするために、ハイリスク患者にかかわる諸要因を検討することは重要である。患者にとって最良の治療を

選択する上で影響を与える要因として、疾患自体の特性、服用する向精神薬の薬理学的有効性と副作用などの生物学的要因、患者特有の生活史や性格、パートナーや両親を中心とする人物との葛藤などの心理的要因、患者を取り巻く家族や社会的支援状況などの社会的要因など、まさに bio-psycho-social に複雑である。したがって、患者への対応は個別に十分に吟味された上で検討されるべきであるが、複雑であるがゆえにむしろ基本的ルールは必要とされる。それがガイドラインであり、治療者が周産期対応を検討するにあたり参考とすべき重要な資料になると考えられる。

表1 周産期メンタルヘルスにおける対応に潜在するさまざまなリスク

- ・精神科医による周産期患者の対応に、原則的立場をもちたずに対応することによるリスク
- ・周産期リスクに関する適切な知識に基づいた対応をとらないことによるリスク
- ・十分な説明を提供することなく、患者の同意を得ようとする事によるリスク
- ・業のリスクを、産科医に一方的に委ねてしまうことによるリスク
- ・アドヒアランス不良により、精神疾患の再燃や妊娠の継続困難が生じるというリスク
- ・ハイリスク患者への対応に、産科医、看護師、助産師、保健師などとの連携が不足していることによるリスク

そこで、本稿ではこの分野で先進的な周産期メンタルヘルスを展開する英国の医療事情を参考とする意味でNICE clinical guidelineを紹介し、その上で筆者が考える精神科医に必要とされる周産期メンタルヘルス体制へのかかわりについて考えてみる。

I. 英国の周産期メンタルヘルス体制

1. NICE clinical guideline 45 とは何か³⁾

国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence : NICE) は、英国政府機関の1つである国民保健サービス (National Health Service : NHS) 配下の特別医療機構である。国立メンタルヘルス共同センター (National Collaborating Centre for Mental Health) と協調して周産期メンタルヘルスに関するガイドライン (Antenatal and postnatal mental health, clinical management and service guidance) を策定した。

本ガイドラインは通称「NICE clinical guideline 45」とも呼称されて、メンタルヘルス分野に関連する専門職種 (精神医学, 臨床心理学, 精神科看護学, 助産師学, 訪問看護, ソーシャルワーク, 総合診療科) の各グループと共同で、一般開業医 (GPs), 産科医, 助産師, 訪問保健師, メンタルヘルス分野の専門職, 妊婦または育児を希望する女性や産後5年以内の女性を援助するスタッフなどを対象として策定された。以下、NICE ガイド

ラインの基本的事項を抜粋し、筆者の解説を加え紹介する。

2. ガイドラインの基本的内容

医療現場では患者重視のケア (patient-centred care) が重んじられ、患者の個々の要望や選択が重視されている。医療者側は、患者と良好なコミュニケーションを構築し、エビデンスに基づいた情報を提供し、十分な情報を得た上での患者自身の自己決定による要望や選択を尊重する姿勢が求められる。患者自身の判断力や理解力が不十分と判断されるときには、患者の介護人や近親者のサポートを求めるべきであると述べている。

以上の立場から、実施に向けて以下のような項目を設けている。

- ①ケアの基本原則
- ②精神疾患の予測, 早期発見, 初期対応
- ③精神疾患の予防
- ④リスクとベネフィットに配慮した妊婦と授乳患者の治療
- ⑤向精神薬療法
- ⑥さまざまな精神疾患に対する個別の指針
- ⑦サービス体制の確立

3. 項目の各論

1) ケアの基本原則

この項目は、患者に接する際に心がけるべき最低限の行為や姿勢が示されている。医療者側は“十分な情報”を有していること、“配偶者や家族への配慮”をもっていることが求められており、これらを実践するためには医療者側は“特別な教育”を受ける必要がある。

以下にガイダンスの内容を示す。

- ①必要な情報が効果的に提供され利用されるべきである

- ・精神疾患に罹患している育児希望または妊娠している女性、周産期を通して精神疾患を発症する女性に適切な情報が効果的に提供され、かつ利用されるべきである。情報とは、

精神疾患自体やその治療（薬物の適正使用と副作用など）が患者や胎児，乳児の健康に及ぼす影響を示す。

- ・患者との信頼関係を構築し，患者本人やパートナー，家族，介護者にも受け入れられるようにする。具体的には患者の意見や興味，期待を丁寧に聴きだし，その後も定期的に患者の理解度や意向を調査する。パートナーや家族，介護者がどの程度まで深く患者にかかわることができるかを検討する。精神疾患にかかわるスティグマの問題には十分に配慮する。
- ・必ず継続的なケアが保たれるような十分な体制を作る。

②妊娠のリスクと避妊について話し合う

精神疾患に罹患している，または向精神薬を服用中で妊孕性を有する女性に対して，避妊の問題と妊娠にかかわるリスクを躊躇せずに話し合う。とくに母体側の服薬中断または処方変更に伴う精神疾患の再燃のリスク，さらに胎児へのリスクについて話し合う。

- ③家族や介護人を支援する
- ④思春期女性患者に配慮する

2) 精神疾患の予測，早期発見，初期対応

周産期にかかわらず精神疾患の予期および早期発見と初期治療は重要なことである。とくに心理療法を薬物療法に優先する際には，早期に患者にかかわることは重要となる。本項では，その予測，早期発見について以下のように述べている。

①予測

周産期女性患者との対面では，重度の精神疾患の既往または現在の罹患の有無などの情報を収集する。すなわち統合失調症や双極性障害，産褥期の精神病，重症のうつ病に関する既往や現在の罹患の有無を調べる。周産期の精神疾患に関する家族歴も調査する。

②早期発見

プライマリーケアでは，産後4～6週目と3～4ヵ月目にうつ病に罹患している可能性を確認

するために，最近の1ヵ月間で気分の落ち込みや抑うつ感，絶望感，興味や喜びの喪失の有無を質問する。もし該当する項目があれば，EPDS（エジンバラ産後うつ病自己質問票）などの自己質問評価法を用いてフォローアップする。

③紹介と初期ケア

重度の精神疾患に罹患している可能性があれば，専門家（精神科医）に相談し可能であれば周産期メンタルヘルスを専門とする精神科医に相談する。

3) 精神疾患の予防

精神疾患の発症を予防するために潜在的なレベルの女性への対処を提案している。周産期の精神疾患（とくにうつ病）の予防研究はいまだ十分行われているとは言い難い。

- ①現状では顕在化していない，すなわち診断基準を満たさない潜在的レベル（subthreshold）のうつ症状や不安症状などの精神症状を有する妊婦に対して，(A) 以前にうつ病や不安障害のエピソードがあった女性に，対人関係療法や認知行動療法などの簡易的心理療法を4～6回実施する。または(B) 以前にうつ病や不安障害のエピソードのない女性に，簡略的なレベルだが定期的な個人的，社会的アプローチを実施する。
- ②ただし妊娠期間中および産後の女性が，精神障害に罹患する可能性を低減させるために定期的な心理社会的介入法（たとえばグループ心理教育）を受ける必要はない。

4) リスクとベネフィットに配慮した妊婦と授乳患者の治療

周産期メンタルヘルス分野で最も重要な分野である⁵⁾。ここでは内容の紹介に入る前にいくつかの重要なポイントを整理する。

- ①リスクのない妊娠は存在しない。すなわち薬剤さえ服用しなければ母体や胎児，新生児に影響はないという考えは誤っていること
- ②心理療法をどのような方法であれ，積極的に活

用する姿勢をもつことが大切であること

- ③リスクとベネフィットを適切に議論するために、さまざまなリスクを想定しておくこと

精神疾患に罹患することでリスクは増すかもしれないが、あらゆる妊娠が最低限のリスクを伴っている。治療することでリスクを減少させることはできるが、向精神薬の使用自体がリスクを増加させる可能性がある。以下にガイドラインを紹介する。

①心理療法

心理療法を必要とする女性は、通常初回アセスメントから1ヵ月以内に、そして3ヵ月を超えない範囲で治療面接を受けるべきである。これは、この時期における向精神薬療法のリスク・ベネフィット比が（リスクが高い方に）変化することに伴い、周産期の心理療法を受けるべき範囲が拡大することによる。

- ②リスクを議論してリスクとベネフィットに配慮する

治療を決定する前に、治療をする場合、しない場合に関して絶対的、相対的リスクを検討する。議論する前に、次のことに留意する。

- ・リスクにかかわる不明確な要素が存在することを説明する。
- ・精神疾患に罹患していない女性の妊娠における胎児奇形の最低限の基礎リスク (background risk) が100人中2~4人の頻度であることを説明する。
- ・リスクの説明を%ではなく、自然頻度や公分母を用いて説明する (例:10%ではなく10例に1例など)。
- ・意思決定のためのツールは、個々の事例のリスクに焦点をあて、言語的、視覚的に多様な方法を用いて説明する。
- ・リスクを説明する書物、可能であれば相談に関する録音テープを用意する。

このように妊娠に関する議論を曖昧にするのではなく、むしろ患者、家族にできるだけ理解しや

すい説明を心がける。ともに問題に直面し解決の糸口を探る、いわゆるSDM (shared decision making) を実践することが大切である。しかし、患者や家族は一度の説明により、耳慣れない薬剤や胎児の発育過程、確率や統計の話、さらにはリスクとベネフィットのはかり方の難しさに関する正しい理解を強いられる。このため、言語的、視覚的に多様な方法を用いて説明することが重要である。

心理療法の重要性を明確にしている点も注目される。とくにうつ病や不安障害などに関して積極的に応用するように勧められている。わが国では、簡易な精神療法を行っているが、ガイドラインは可能であればさらに専門的技能が必要な体系化された心理療法を求めている。

以上のような議論を踏まえ、リスク・ベネフィットを比較し治療オプションを検討する。ガイドラインは評価すべき項目として以下のことを挙げている。

- ①現在の精神症状の再燃・増悪のリスク
- ②未治療または治療閾値下の症状に対する患者自身の対応能力
- ③過去の精神疾患のエピソードの際の重症度と治療反応性、患者の治療選択
- ④催奇形性リスクのある薬剤を妊娠発覚後に中止しても、奇形のリスクは排除できない可能性
- ⑤薬物療法を突然中止した際の再燃のリスク
- ⑥精神疾患を治療しないことによる、胎児や乳児への潜在的な影響を軽減化させるための迅速な治療の必要性
- ⑦周産期の薬物療法に関連して、リスクが高まることや過量服用によるリスクの高まり
- ⑧授乳させないことの推奨より、むしろ患者が望めば授乳させるというオプションの存在

ここで重要なことは、精神疾患自体の特徴というより、患者個人が有する疾患の重症度を推し量ることの大切さである。統合失調症やうつ病も、個々に増悪した際の症状の重症度、再燃の生じやすさ、治療反応性、服薬アドヒアランス、患者個

人の資質や性格、知的能力など、疾患の経過に影響を及ぼす要因の度合いはさまざまである。したがって、これらを総合評価して治療の選択は慎重になされなければならない。

一方、薬剤を選択し処方する際には、以下のことが必要とされる。

- ①母体だけではなく、胎児、乳児に対してリスクのより少ないプロフィールをもつ薬剤を選択する。
- ②最も少ない有効用量で開始して、増量する際は十分に時間をかける。とくにリスクは用量に関係していることを念頭に置いて処方する。
- ③多剤併用よりはむしろ単剤処方を用いるべきである。
- ④早産や低出生体重児の予防に対して、とりわけ慎重な対応を心がける。

一方で、薬を中止する際には以下のことを心がける。

- ①個別の精神疾患に対応する NICE ガイドライン
- ②薬中断により生じる可能性のある胎児や乳児の離脱症状のリスク
- ③精神疾患に対し薬物療法を行わないことによるリスク

ガイドラインでは、向精神薬のリスクに関して抗精神病薬、リチウム、抗うつ薬、ベンゾジアゼピン、カルバマゼピン、ラモトリギン、バルプロ酸を取り上げ、考慮すべきリスクととるべき対応を載せている。これらの薬は、気分や情緒の安定性、衝動性のコントロールなどのために、女性患者に多くの精神科医が用いている薬である。日頃から受胎・妊娠を意識した処方が望まれる。受胎時または最初の3ヵ月間に服用していた妊婦に対して、以下のことを配慮する。

- ①胎児奇形、新生児の問題、産科的合併症のリスクは向精神薬の服用により上昇する可能性がある。
- ②大抵の薬において、リスク評価に関するデータ

が十分ではないことからリスクは不明瞭である。
③リスクの危険度がすでにわかっている薬の中で、リスクが明らかに存在している薬の場合は、それに代わる治療を検討すべきである。

5) 個別の精神疾患に対する指針

ガイドラインに準拠するにあたり、リスク・ベネフィットを比較検討する姿勢、さまざまな向精神薬のリスク情報を共有する姿勢、患者・家族が優先したい治療法を尊重する姿勢を確認する必要がある。ガイドラインは、軽症のうつ病や不安障害などと、双極性障害や統合失調症に対して異なる対応を示している。その背景には前者では心理療法が勧められる一方で、後者の治療では薬物療法が優先されるという治療的対応の相違が挙げられる。とくにうつ病では、軽症、中等度から重症、治療抵抗性に分けて議論され、また妊娠を計画している患者と妊娠中の患者に分けて対応を検討している。

ここでガイドラインの薬物療法に関して、気付いた点を列挙する。

- ・うつ病治療では、可能な限り薬物療法を控え、心理療法で患者をフォローすべきであることを推奨している。とくに挙児希望時は、仮に精神症状が再燃してもまだ妊娠していないので慌てることなく薬物療法を再開できる。
- ・うつ病治療では、三環系抗うつ薬やSSRIを含め、特定の領域の抗うつ薬に言及していない。しかし paroxetine をできるだけ避けたほうがよいと述べている。ただし、このガイドラインは2007年に作成されており、その後心奇形などの催奇形性のリスクは paroxetine 特有のリスクではなくSSRI全体によるものであることも指摘されており、今後の改定で記述が変更される可能性も排除できない。
- ・うつ病治療の薬物療法として、基本的に単剤治療を推奨している。治療抵抗性うつ病でも併用 (combination drug treatment) する前に、他剤への変更あるいは修正型電気けいれん療法 (mECT) を推奨している。双極性障害のうつ病

相で、重症化している際に SSRI と他剤の併用を認めているだけである。

- ・統合失調症の薬物療法では、非定型抗精神病薬を haloperidol や chlorpromazine などの定型抗精神病薬に変更することを勧めている。これはこれまでに集積されているリスクデータの信頼性などを重視していると考えられるが、haloperidol が使用禁忌になっているわが国とは対照的な対応となっていることで混乱する医師もいるかもしれない。
- ・睡眠障害について、睡眠薬を処方する記述がない。睡眠を促す日常の心がけるべき一般的アドバイスとともに、もし深刻な睡眠障害であれば chlorpromazine あるいは amitriptyline を考慮するとされる。以上から、妊婦への睡眠薬は推奨されていないと考えられる。

ガイドラインでは、うつ病、不安障害、摂食障害、双極性障害、統合失調症など幅広い精神疾患への対応が紹介されているが、ここではうつ病に関するガイドラインを紹介する。

①軽症うつ病

- ・挙児希望の患者に対して、抗うつ薬を減量ないし中止して、その後注意深く経過を観察する。もし介入が必要なときには、認知行動療法 (CBT) や運動療法、あるいは簡易的な心理療法〔カウンセリング、対人関係療法 (IPT)〕を考慮する。
- ・偶発的に妊娠した際にも上記と同様な対応を考える。重症なうつ病エピソードの既往がある軽症のうつ病エピソードの患者で、心理療法が効果ないときには抗うつ薬治療を考慮する。

②中等度～重度うつ病

- ・挙児希望の患者に対して、最後のうつ病エピソードが中等度であった患者には、すでに抗うつ薬を服用しているときには CBT・IPT に切り替えるか、リスクのより少ない抗うつ薬に切り替える。最後のうつ病エピソードが重

度であった患者には、CBT・IPT 単独、あるいは CBT・IPT と抗うつ薬の併用を考慮する。ただし、抗うつ薬はリスクの少ない単剤とする。

- ・偶発的に妊娠した際にも上記と同様の対応を考える。うつ病エピソードの既往のある中等度のうつ病エピソードの患者、または重症うつ病エピソードの患者では、CBT・IPT 単独、または患者が希望すれば抗うつ薬治療、またはこれらの単独で効果が不十分なときには併用治療を考慮する。
- ・治療抵抗性のうつ病
妊娠中の対応について、前治療薬と異なる抗うつ薬の単剤治療あるいは mECT を多剤併用療法の前に考慮する。一方、リチウムの増強療法は避ける。

以上、NICE clinical guideline を紹介し、そのポイントを概説した。国内ではこのような周産期に特化したガイドラインはまだ作成されていない。今後の周産期メンタルヘルスの充実に向けてわが国の医療事情を考慮したガイドライン作りが必要となろう。また同時にこの分野に精通する専門スタッフの養成や専門外来、専門リエゾンの設置も重要となる⁴⁾。周産期メンタルヘルスの専門スタッフ、とくに精神科医の養成に必要な項目を表 2 に列挙した。なお向精神薬療法については、別稿に詳細が示されているが^{7,8)}、英国ではモーズレイ処方ガイドライン (The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry) が有名である⁶⁾。薬物選択に関して重要な提言が記されているが、わが国でも近年それに順ずる著書^{1,2)}が出版されており、次第に周産期メンタルヘルスに関する取り組みが充実しつつある。

おわりに

英国の周産期メンタルヘルスに関するガイドラインを紹介した。周産期メンタルヘルスにかかわる多くの問題は、決して個人の努力だけでは克服できない。したがって、より教育的で包括的な周

表 2 周産期メンタルヘルスに精通する専門精神科医の養成に必要な項目

- ・ 診断と症状重症度の評価能力
周産期に出現する精神疾患
精神疾患の周産期での変化
- ・ 治療の選択
薬物療法に関する必要な知識の習得
情報収集に関する専門機関との連携 (例: 妊娠と薬情報センターなど)
心理療法に関する技術の習得
技術を有する臨床心理士や看護師との連携
- ・ リスク・ベネフィットの評価能力・治療法の選択能力
- ・ 産後精神障害とその対応
授乳, 乳児発達, 養育にかかわる諸問題の理解
- ・ 多職種連携に関する知識とチーム作り
産婦人科医, 小児科医, 看護師, 助産師, 保健師, 薬剤師, 臨床心理士, 公的・民間支援施設スタッフとの連携
- ・ 周産期における必要最低限の産科的・小児科的基本知識の習得
- ・ 周産期に関する医療倫理

産期メンタルヘルスの体制作りがわが国に求められる。今後, さらに諸外国の周産期ガイドラインを検討するとともに, 国内人材育成を進め周産期メンタルヘルス体制のより充実した発展が期待される。

なお, 本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 伊藤真也, 村島温子編: 薬物治療コンサルテーション 妊娠と授乳, 南山堂, 東京, 2010
- 2) 伊藤真也, 村島温子, 鈴木利人編: 向精神薬と妊娠・授乳, 南山堂, 東京, 2014
- 3) National Institute for Health and Clinical Excellence: Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. Alden Press, London, 2007
- 4) 岡野禎治: 妊娠・出産と精神科. 精神科治療学, 28; 545-551, 2013
- 5) 鈴木利人: 拳児希望者・妊婦に対する向精神薬の適正使用とは一臨床における現状と課題一. 薬局, 64; 1663-1668, 2013
- 6) Taylor, D., Paton, C., Kapur, S.: The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 11th ed. John Wiley & Sons, West Sussex, 2012
- 7) 渡邊央美: 向精神薬の催奇形性・胎児毒性に関する近年の国際的評価. 精神経誌, 116; 996-1004, 2014
- 8) 吉田敬子: 産褥期の薬物治療と授乳の国際的動向. 精神経誌, 116; 1012-1018, 2014

Introduction of British Guidelines in Perinatal Mental Healthcare —Towards Enhancing the Function of Perinatal Mental Healthcare in Japan—

Toshihito SUZUKI

Department of Psychiatry, Juntendo Koshigaya Hospital, Juntendo University Faculty of Medicine

Professionals in many different occupations, from psychiatrists, obstetricians, and pediatricians to nurses, midwives, pharmacists, clinical psychologists, public health nurses, and psychiatric social workers, are involved in perinatal mental healthcare. In order to enhance the function of such healthcare, it is necessary both to provide specialized training in each occupation and form a system and to smoothly conduct medical collaboration between different occupations.

A deficiency in the medical function of perinatal mental healthcare greatly influences the mother and child's health, mental hygiene, and social life later in life. Therefore, a demand is seen for specialized staff and system formation capable of the following : 1) responding with appropriate perinatal management of female patients taking psychotropic drugs ; 2) providing support and pregnancy consultation to female patients who wish to have children ; and 3) properly handling postpartum mental disorder management, possibility of breastfeeding, and various issues that arise in mother-child relationships during upbringing.

In the UK, the clinical guideline (NICE Clinical Guideline 45) for perinatal mental healthcare, which was created by the National Institute for Clinical Excellence (NICE), provides important guidelines on how to handle perinatal mental health. Aside from the NICE guideline, the Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry indicates basic guidelines on prescribing perinatal drug therapy. In Japan, however, the current situation of perinatal mental healthcare is such that it has yet to be systemically developed. In this paper, we introduce the basic content in these British guidelines that should be noted. In addition, we consider the current status and future disposition of Japan's perinatal mental healthcare, with consideration for the differences in healthcare circumstances between Japan and the UK.

< Author's abstract >

< **Keywords** : perinatal mental health, U. K. NICE guideline, psychological treatment, psychotropic medication, risk and benefit >
